

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 354

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1891, à 1 heure

Par ROUBLEFF

Né à Odessa (Russie) le 15 septembre 1858

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
D'AFFECTIONS SYPHILITQUES TERTIAIRES
DES POUMONS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { GILBERT, LETULLE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

334

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1891, à 1 heure

Par ROUBLEFF

Né à Odessa (Russie) le 15 septembre 1858

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
D'AFFECTIONS SYPHILITQUES TERTIAIRES
DES POUMONS



Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { GILBERT, LETULLE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TILLAUX.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale		STRAUS.
	}	G. SÉE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux		VERNEUIL.
	}	LE FORT.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTNER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIGAL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON BIEN VÉNÉRÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin de l'hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
du Conseil d'hygiène et de la Salubrité de la Seine
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Commandeur de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Doyen de la Faculté
Médecin des hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
D'AFFECTIONS SYPHILITQUES TERTIAIRES
DES POUMONS

Ayant eu la bonne fortune d'observer avec notre excellent ami, M. le Dr Lowenthal, un cas de syphilis pulmonaire qui nous a intéressé particulièrement par la netteté des symptômes et par l'efficacité du traitement, il nous vint dans l'idée d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Notre décision s'était d'autant plus confirmée que, grâce à l'obligeance de M. le Dr Rigal (service de médecine à Necker), qui a bien voulu mettre à notre disposition deux de ses malades, nous pouvions suivre pas à pas la marche de cette maladie, ainsi que le résultat obtenu par le traitement approprié.

Nous nous empressons donc avant d'aborder le sujet de notre thèse d'exprimer notre reconnaissance et tous nos remerciements à M. le Dr Rigal.

Que M. le docteur Felard reçoive tous nos remerciements et notre gratitude pour le fait très intéressant qu'il a

bien voulu nous confier et qu'il nous a permis de citer dans notre thèse.

Nous saisissons aussi cette occasion pour exprimer une fois de plus toute notre reconnaissance à M. le Dr Dujardin-Beaumetz, qui nous a accueilli avec cette bienveillance connue de tous ceux qui l'approchent et qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant tout le cours de nos études.

Nous remercions également tous nos honorés maîtres de l'enseignement qu'ils nous ont fait dans leurs services hospitaliers et nous nous permettons de leur dédier la présente thèse — faible témoignage de reconnaissance et de respect.

Notre ami, M. le Dr Lowenthal, voudra bien recevoir l'expression de notre gratitude cordiale pour le concours qu'il nous a apporté dans ce travail.

Nous remercions notre éminent maître, M. le professeur Brouardel, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Le progrès de la médecine au point de vue philosophique consiste essentiellement dans la scientification, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de plus en plus prononcée de cette importante (nous allions dire la plus importante) branche de connaissance humaine.

Son progrès au point de vue pratique consiste dans l'élaboration de plus en plus minutieuse du diagnose, en se basant pour cela non seulement sur l'observation pure et simple (ce que demandaient il n'y a pas bien longtemps les plus grands cliniciens), mais aussi sur les sciences qui ont donné une impulsion si vigoureuse à la médecine, la chimie, physiologie, biologie, histologie, bactériologie, etc., etc., etc.,

Si, en effet, le but de la médecine et de la thérapeutique — sa base — est le diagnose, et non pas, comme le disaient avec Hippocrate les anciens, le pronostic, et s'il n'y avait que cette différence de principe entre la médecine ancienne et la médecine moderne, cette différence serait déjà immense, quoi que disent les détracteurs de cette dernière.

S'ensuit-il de là que le progrès de la médecine est intimement lié avec la recherche des signes pathognomoniques? Non, le moins du monde.

Le signe pathognomonique est une fiction, un mirage auprès duquel on court toujours et qu'on n'atteint jamais. Il est en médecine en quelque sorte ce qu'est la ligne ou

le point en géométrie. Ils n'existent pas et ils sont le point de départ de toute la géométrie. Nous passons notre temps à édifier avec la plus grande difficulté les signes pathognomonique et quitte ensuite à chercher à les combattre et détruire, dans les deux cas nous contribuons au progrès de la médecine. Ce que M. le professeur Peter a exprimé dans son langage figural dans une de ces cliniques : « Messieurs, si vous comparez la première moitié de ma vie pendant laquelle j'étais professeur de pathologie avec la seconde où je suis professeur de clinique vous remarquerez, avec étonnement peut-être, que je détruis maintenant ce que j'ai édifié alors. »

Les signes pathognomoniques n'existent pas, on ne saurait trop le répéter. Nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier cet axiome dans le service même du maître qui la défend avec plus d'autorité, dans le service du professeur Potain. A ce propos nous nous rappelons entre autres d'un malade entré pour un accès de rhumatisme articulaire aigu surtout violent dans l'épaule droite et qui en même temps présentait des signes d'inflammation dans le sommet droit, de nature tuberculeuse suivant les élèves. Ce dernier point était combattu par M. le professeur Potain suivant lequel l'inflammation était de nature rhumatismale de voisinage, par conséquent. Le traitement approprié confirme, au grand étonnement de tous les élèves, le diagnostic du maître.

Plus tard, en suivant la clinique laryngologique instituée dans l'Asile National des Sourds-Muets, nous avons

eu l'occasion de voir un cas encore plus frappant, démontrant l'extrême importance du diagnostic et non moins extrême fragilité des signes pathognomoniques. Il s'agissait d'un enfant amené par son père pour troubles de respiration et prononciation.

A l'examen l'enfant présentait l'ensemble des symptômes de syphilis héréditaire. Quoique le diagnostic ne fût pas douteux, nous questionnâmes le père, et voici en quelques mots son histoire extrêmement intéressante. Syphilis au régiment, très violent, soigné à l'hôpital militaire. Plusieurs années après sa libération, pas le moindre symptôme inquiétant, de sorte que le malade se croyait complètement guéri et en a oublié même l'existence, lorsqu'en 1886 il commença à tousser et cracher. Il s'adresse à son médecin qui le soigne par des fortifiants, des vésicatoires, de l'huile de foie de morue, etc. Il entre à deux reprises dans les différents services hospitaliers où son état ne s'améliore pas. Il en sort pour entrer la dernière fois, pendant les vacances, à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu (Annexes), où en l'absence du chef on continue à le traiter comme phthisique. Lorsque vient M. le Dr Merklin et après un examen approfondi diagnostique syphilis pulmonaire, et le malade qui est entré à l'hôpital, moribond, se croyant perdu, sort après un traitement complètement guéri.

Nous nous sommes adressé au Dr Merklin pour lui demander l'observation plus complète de ce malade. A notre grand regret cette observation n'existe plus.

Voici un autre cas rappelé par Brambella dans son *Traité sur le phlegmon*.

« Un jour on ordonne un électuaire pour un phthisique
« qui était dans une situation désespérée. Par une
« méprise d'apothicaire l'électuaire fut donné à un
« malade vénérien pour s'en frotter et le phthisique reçut
« l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire à l'intérieur.
« Celui-ci, ne se doutant pas d'erreur, prit de cet onguent
« environ la grosseur d'une noix muscade, 2, 3 fois par
« jour, il fut radicalement guéri de sa maladie au
« grand étonnement du médecin, qui apprit ensuite par
« hasard comment la chose s'était faite. »

Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples démontrant d'une part l'importance fondamentale du diagnostic, basé non pas sur la présence d'un signe pathognomonique, mais sur l'ensemble des symptômes. Nous pourrions entre autres citer l'exemple rapporté par M. le professeur Dieulafoy d'un malade présentant les symptômes de folie qui reste longtemps dans l'état stationnaire, mais qui guérit dans peu de temps quand après un examen d'urine on y découvre l'albumine et on institue le régime lacté. Nous pourrions citer le malade de Trousseau, soigné sans résultat comme épileptique et guéri après qu'on a constaté la présence de *tœnia solium*.

Mais si nous avons choisi surtout la syphilis du poumon c'est que cette maladie ressemble singulièrement à une autre maladie, celle-ci redoutable puisqu'elle est incurable.

ble, à la phthisie pulmonaire, que, malgré tant de travaux déjà existant, la grande majorité des médecins s'abstient à ignorer cette maladie qui passe comme rareté, mais qui en réalité passe malheureusement inaperçue dans la plus grande majorité de cas.

Le but de ce travail modeste, notre prétention n'est pas de dire quelque chose de nouveau, mais appeler, après tant d'auteurs, à notre tour l'attention sur l'existence de cette maladie dont le diagnostic (nous ne craignons de nous répéter) dans la grande majorité de cas n'est pas fait.

Nous pouvons, à l'heure qu'il est, nous aussi, hélas ! nous demander après Vidal de Cassis : « Combien a-t-on laissé périr des soi-disants tuberculeux faute de les traiter comme syphilitiques ! »

HISTORIQUE

Il y a peu de maladie dont la notion remonte si haut et qui soit si peu vulgarisée comme l'est la syphilis du poumon.

Cette affection était cependant signalée depuis bien longtemps et étudiée par tous ceux qui se sont occupés de la syphilis ou des maladies du poumon.

Le premier ou plutôt un des premiers qui s'est occupé de l'affection syphilitique du poumon est sans contredit Jérôme Fracastor qui écrivit son livre « *Syphilis* » (Livre I^{er}, trad. Fournier, p. 29) en 1530, 34 ans après la grande épidémie vérolique de la fin du xv^e siècle.

A. Paré (édition Malgaigne, livre XVI, traitant de la grosse vérole, p. 527) mentionne les transformations morbides subies par tous les tissus du corps et des organes, la cachexie syphilitique : « Quelques-uns demeurent « asthmatiques et hectiques, avec une fièvre lente et meurent tabides et desseicher. »

A Astruc (*De morbus venereis*, trad. de Louis, T. II, p. 550) revient l'honneur d'avoir nettement indiqué la localisation de la syphilis dans les poumons. Dans le chapitre consacré aux « fonctions blessées », t. IV, p. 92, il s'exprime ainsi : « les fonctions vitales qui s'exercent « par des organes contenus dans la poitrine peuvent

« être altérées : 1° par des tubercules ou des tumeurs
« gommeuses dans la substance du poumon, soit qu'elle
« suppure ou qu'elle soit encore verte ; 2° par l'acrimonie
« que le mal communique à l'humeur bronchiale. De là
« doivent survenir : 1° la dyspnée, l'asthme, l'orthopnée ;
« 2° la toux, si l'humeur de la trachée-artère devenue
« âcre par le mélange du virus, picotte vivement la tuni-
« que intérieure des bronches ; 3° l'hémoptysie, ou cra-
« chement du sang, s'il arrive que les vaisseaux du pou-
« mon se crèvent par l'abondance du sang qui croupit ;
« 4° la vomique, si des tumeurs gommeuses ou de gros
« tubercules viennent à suppurier dans les poumons et à
« y former un abcès qui s'ouvrira par la rupture ou par
« l'érosion de la poche qui le renferme ; 5° la phthisie, si
« une vomique ouverte, des tubercules suppurés ou une
« érosion des bronches causée par l'humeur qui les arrose
« dégénèrent en ulcère malin ».

Chroeder (*Pneumonie syphilitique*, 1779) parle aussi des inflammations, des spasmes, des tumeurs et des tubercules de nature syphilitique, que l'on observe assez souvent dans les pneumopathies syphilitiques.

Par contre, Hunter (1728-1793), ainsi que de nombreux médecins de son époque, nièrent la syphilis viscérale.

Joseph Franck (*Traité de pathologie interne*), Sauvage, de Horne (*Différentes méthodes d'administrer le mercure*), Carrère (*Maladies vénériennes chroniques sans signes évidents*), Faudon (*Annales de la Société méd. de Montpellier*), Plenck (*Tabes venerea*), Bell (*Traité de la gonorrhée*

virulente, 1802), Portal, Swediaur, Saucerotte, tous admettent les affections syphilitiques, se traduisant par l'amaigrissement, la toux, les transpirations nocturnes ; quelquefois à ces symptômes viennent s'ajouter la dyspnée, la fièvre et une expectoration abondante, symptômes rappelant ceux de la phthisie tuberculeuse et qui guérissent presque toujours sous l'influence du traitement spécifique.

Van-der-Kolk (observations anatomo-pathologiques, 1826), signale la présence des ulcères et des tubercules, surtout dans le lobe médian, se basant sur l'autopsie de syphilitiques.

Sue, de Marseille (*Mémoire sur le trait. de la phthisie pulm.*, 1837), Marc Carty (1844), Dumoulin (Thèse de Paris, 1848), admettent les gommes des poumons, qui peuvent produire la suppuration et tout le cortège des divers symptômes de la phthisie. Les signes stéthoscopiques et les symptômes fonctionnels seront ceux que produit la respiration insuffisante.

La présence des lésions syphilitiques tertiaires des poumons est aussi admise par Ricord (*Gazette des Hôpitaux*, t. VII, p. 710) qui constate que le tubercule (dans l'esprit de l'éminent syphilographe les mots : « tubercules » et « gommes » sont synonymes) syphilitique pulmonaire y suit la même marche que dans toute autre partie du corps. Les symptômes sont ceux de la phthisie pulmonaire.

En 1853, Gibert lit devant l'Académie de Médecine un

rapport sur un travail du Dr Yvaren (*Métamorphose de la syphilis*), Cazenave (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*), Lagneau fils, Vidal de Cassis (*Traité des maladies vénériennes*, 1853), apportent tour à tour les intéressantes observations des malades longtemps soignés comme phthisiques. La découverte d'une lésion syphilitique, d'une tumeur de la clavicule dans le cas de Cazenave, d'une périostite de la clavicule et cicatrice d'un chancre près le frein de la verge, dans le cas de Vidal, exostose du tibia et différentes syphilides, dans le cas de Gibert, mit sur la voie et les malades sortent complètement guéris après un traitement antisyphilitique.

M. Depaul signale les gommes pulmonaires du nouveau-né se basant sur plus de 20 autopsies de nouveau-nés reconnus comme syphilitiques.

En 1862, Cornil présente à la Société anatomique l'observation d'un syphilitique à l'autopsie duquel on trouve dans les poumons des nodosités dures, analogues aux cicatrices syphilitiques.

Bazin (*Sur la syphilis et les syphilides*, 1866), Gintrac (*Gazette hebdom. de Méd. et de chirurg.*, 1867), Gambérini rapportent des cas de gommes des poumons et qui ont cédé au traitement spécifique.

On ne doit pas passer sous silence la thèse très remarquable de M. Landrieux sur les « Pneumopathies syphilitiques. »

Entre autres observations nous mentionnons celle de

notre vénéré maître Dujardin-Beaumetz (Société Médicale d'observations, 1866).

Celle de Gübler mérite une attention toute particulière par ses détails bien exposés.

En 1877, M. Lancereaux fait à l'Académie de Médecine une lecture très intéressante sur les lésions syphilitiques des poumons constatées à l'autopsie d'un malade mort de la syphilis méningée et pulmonaire.

M. Fournier, en 1878, lit à l'Académie de Médecine une observation fort intéressante d'un malade qui a été traité par lui sans aucun succès comme phthisique, et qui a été radicalement guéri sous l'influence du traitement anti-syphilitique.

De cet exposé un peu court on voit que la littérature des pneumopathies syphilitiques est extrêmement riche, et il est difficile de dire à quoi tient l'obstination de la grande majorité des médecins d'ignorer cette maladie. On peut au contraire affirmer sans encourir de grandes chances de se tromper que son extrême rareté, surtout si l'on prend en considération le grand rôle étiologique que joue la syphilis dans la production des maladies nerveuses, de la peau, des yeux, du larynx, des oreilles, etc., tient essentiellement à ce qu'on ne la recherche pas avec assez de soin. On ne peut cependant pas toujours incriminer les difficultés du diagnostic différentiel, attendu que la syphilis dans la plus grande majorité des cas laisse des traces

non douteuses de son passage. Et en effet, à part quelques observations dans le genre de celle de Brambilla, où le hasard seul a révélé la nature de l'affection, partout ailleurs le diagnostic était facilité, si non provoqué par l'existence d'autres manifestations syphilitiques non douteuses.

ÉTIOLOGIE

Les pneumopathies syphilitiques dans la plus grande majorité de cas ne s'observent que chez des sujets d'âge mûr et syphilitiques depuis assez longtemps. La grande majorité des malades ont plus de 40 ans et sont tous arrivés à la période tertiaire de la vérole. On en cite chez lesquels l'infection datait de 10 ans, 13 ans, etc. Sauf exception, comme celle de notre observation n. 2 où les accidents de la syphilis tertiaire se sont montrés 10 mois après l'infection, les lésions sont tardives.

Comme antécédents on note assez souvent les laryngopathies. L'affection coïncide souvent avec d'autres accidents spécifiques de la peau, des os, des muqueuses ou des viscères. L'orchite et l'hémiplégie ont pu mettre sur la voie du diagnostic. Grâce à cette contemporanéité les lésions qui nous occupent dans ce travail passent souvent inaperçues, car le traitement dirigé contre la manifestation apparente réussit à maîtriser les autres manifestations latentes.

Quant à la question, si la syphilis peut engendrer la tuberculose il faut répondre négativement : on peut bien être en présence de deux diathèses. Ce qu'on peut dire en s'appuyant sur la doctrine du « *Locus minoris resistentiae* » c'est que l'action débilitante occasionnée par l'infection syphilitique peut rendre un individu, d'ailleurs prédisposé, plus attaquable en face du bacille tuberculeux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il existe suivant les auteurs deux formes distinctes de la syphilis pulmonaire :

1° *Forme diffuse*, cirrhose pulmonaire de Gübler, pneumonie interstitielle de Lancereaux, pneumonie fibro-caséuse de Landrieux (qui l'a surtout bien étudiée), signalée aussi par Laënnec, Wils, Hertz, Robin, Virchow, etc. Dans un cas observé par Lancereaux (1), « la partie infectée du poumon (partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche) présentait une large dépression avec des plis radiés. » Le parenchyme était remplacé par un tissu fibreux ferme, résistant, au sein duquel on apercevait de nombreux points jaunâtres à surface légèrement grenue, constitué à l'examen microscopique par des noyaux granuleux et de nombreuses granulations moléculaires contenues dans une trame fibreuse.

Les bronches de cette région étaient les unes dilatées, les autres rétrécies, les parois opaques, jaunâtres, épaissies.

Dans un autre cas, publié par Hetz (2), les lésions étaient encore plus diffuses et occupaient tout le poumon gauche très augmenté de volume, la partie inférieure du pou-

1. *Traité historique et pratique de la syphilis*. Paris, 1866, p. 419 et suiv.

2. Virchows. *Archives*, 1873, p. 421-436.

mon était recouverte d'un exsudat frais et ne contenait pas d'air. Partie supérieure au contraire emphysémateuse. Le parenchyme du lobe supérieur infiltré d'une multitude de tubercules durs, grisâtres et même noirâtres, irréguliers, d'une grosseur de grain de millet ou de pois. La base du lobe supérieur occupée par une masse condensée, régulièrement diffuse, au sein de laquelle des îlots de dégénérescence graisseuse épithéliale et de ramollissement caséux. Dans une grande étendue le parenchyme était remplacé par du tissu interstitiel au milieu duquel on apercevait une grande quantité de tubercules durs à la périphérie et ramollis au centre.

2° *Gommes*. — La forme la plus fréquemment observée signalée déjà par Astruc (1) et plus récemment par Ricord, Ranvier, Cornil, Lancereaux, Hutchinson, etc., etc. Au nombre de 3-6, rarement plus, elles s'observent un peu partout, excepté peut-être au sommet. D'une couleur grisâtre, d'un volume du pois à un œuf de poule ; plus ou moins arrondies ou elliptiques, peu ou pas vasculaires, solides à la périphérie, ramollies au centre, ces tumeurs sont entourées d'une zone cellulaire hypertrophique vasculaire, nacrée, distincte de la tumeur centrale (cette zone ou coque a une certaine importance au point de vue du diagnostic différentiel, suivant Cornil et Lancereaux).

Par l'évolution ultérieure ces gommes se ramollissent du centre à la périphérie, et alors, ou bien ils se résor-

1. Astruc, t. II, p. 350 et suiv.

bent ou bien s'évacuent par une bronche voisine. Dans les deux cas les parois de la cavité se rapprochent et peuvent se cicatriser. Dans un cas observé par Lancereaux ces cicatrices « les unes rayonnées, les autres étoilées, occupaient chacune des lobes du pöumon droit et à leur niveau le tissu pulmonaire grisâtre, ferme, induré, présentait, vers le centre des points d'induration, une substance blanche caséëuse » (C. 425).

A ces deux variétés anatomo-pathologiques correspondent deux variétés cliniques. La symptomatologie en effet est différente suivant qu'il s'agit de la première variété, pneumonie fibro-caséëuse, ou de la deuxième gomme :

1° Ici les phénomènes généraux apparaissent dès le début, surtout si les lésions sont très diffuses : inappétence, amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre quotidienne, avec exacerbation vespérale. Du côté du pöumon : râles de bronchite qui bientôt disparaissent pour donner place aux signes d'induration pulmonaire (voix retentissante, vibration exagérée, souffle), la submatité est remplacée par la matité complète.

Après un temps variable arrive la troisième période, période d'ulcération qui « est le résultat de la transformation caséëuse ou graisseuse du contenu intra-alvéolaire et surtout du tissu de nouvelle formation, qui après avoir proliféré dans la trame pulmonaire a subi également ces dégénérescences rétrogrades par insuffisance de l'apport nutritif (1) ».

1. Lancereaux, *op. cit.*, 1859.

Dans cette troisième période les symptômes sont absolument les mêmes que ceux de la phthisie pulmonaire à la troisième période, avec laquelle cette affection est d'autant plus facile à confondre que la localisation au sommet, suivant Landrieux, n'est pas extrêmement rare.

2° *Gommès.* — Elle parcourt dans son évolution les trois périodes de la tuberculose pulmonaire : crudité, ramollissement, évacuation, et à chacune de ces périodes correspondent les mêmes signes, qu'on constate dans les périodes correspondantes de tuberculose avec cette différence que *a)* dans la plus grande majorité des cas l'état général dans la syphilis est satisfaisant, même quelquefois dans la troisième période ; *b)* que les lésions s'observent rarement aux sommets ; *c)* qu'elles sont unilatérales, le plus souvent localisées dans un ou deux points bien circonscrits et séparés par des parties parfaitement saines ; et *d)* que la marche est le plus souvent lente.

Le diagnostic différentiel entre une affection syphilitique du poulmon et une affection tuberculeuse est, comme on le voit, très difficile dans la première forme et d'autant moins difficile dans la seconde qu'on est plus près de la première période, ce qui n'est pas bien intéressant, attendu que dans cette période latente il est rare d'observer les malades.

La grande affaire, suivant nous, le moyen le plus sûr de faire le diagnostic, c'est de penser toujours à la possibilité d'une affection syphilitique du poulmon. En cherchant bien dans les antécédents, en examinant bien et

complètement le malade avec toutes les ressources que nous possédons : l'ophtalmoscope, laryngoscope, otoscope, nasoscope, etc., etc., un médecin consciencieux et expérimenté prouvera toujours la présence de la syphilis, si syphilis il y a. Dans ce cas il faut traiter en conséquence. Dans l'immense majorité des cas le traitement réussira, et on pourra assister à de véritables résurrections (1) dans le genre de celles qui sont rapportées par Brambille, Ricord, Belin, Fournier, Lancereaux, etc., etc...

Si au contraire on se trouve en présence d'un cas exceptionnellement malheureux, où la syphilis n'a laissé aucune trace, les signes fournis par le poumon et dits pathognomoniques peuvent bien tromper.

1. Il faut toutefois excepter deux cas : 1° Tuberculose chez les syphilitiques ; 2° D'autres complications viscérales trop avancées.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est toujours entouré de grandes difficultés, s'il n'existe pas d'autres lésions concomitantes. On peut facilement confondre cette maladie avec d'autres affections des poumons.

1° L'abcès du poumon a pour lui la marche rapide, l'hyperthermie accompagnée d'une expectoration franchement purulente.

2° Le kyste hydatique se localise surtout au voisinage du foie et est facile à reconnaître au caractère spécial des matières rejetées.

3° Les néoplasmes malins sont presque toujours secondaires et conduisent vite à la cachexie.

4° C'est surtout la tuberculose qui prête à la confusion, et c'est sur le diagnostic différentiel de la syphilis avec cette maladie que nous insisterons surtout.

A. — Les gommes sont souvent uniques, les tubercules sont innombrables.

B). — Les gommes se localisent indistinctement au sommet ou ailleurs et dans un seul poumon. Les tubercules ont pour leur siège de prédilection le sommet. Ils peuvent être unilatérales, surtout au début de la maladie ; mais dans sa marche envahissante la tuberculose fait des ravages incessants et atteint toujours les deux poumons.

C. — La syphilis a une marche lente et le bon état général persiste jusqu'à une période fort avancée, elle met des

mois, des années même, avant d'arriver à menacer l'existence du malade, l'évolution de la tuberculose est rapide et les troubles généraux apparaissent bientôt. Elle est progressive, étend ses ravages, gagne tous les poumons et les cavernes sont multiples. Dans la syphilis du poumon le contraste est souvent frappant entre les phénomènes locaux, qui simulent ceux de la tuberculose et l'état général satisfaisant du malade.

D. — Enfin pour s'assurer définitivement il faudra faire des recherches sur la présence ou l'absence du bacille de Koch. Un résultat positif juge souverainement la question quoique les deux affections puissent exister simultanément. Les recherches doivent être multipliées et toutes concordantes en cas négatif pour qu'il soit permis d'en tirer quelques déductions relativement à l'existence de la syphilis.

Le pronostic est dans la grande majorité des cas relativement bénin, si le diagnostic du caractère de l'affection est fait avant que l'état général ne soit détérioré et le traitement spécifique énergique constitué. Mais même dans les cas les plus désespérés un traitement énergique peut produire de véritables résurrections. (Obs. de M. Fournier Brombilla, Ricord, Potain, etc., etc.). Quant aux guérisons spontanées, elles sont excessivement rares. La guérison est-elle radicale? Pas tout à fait, répond M. Julien. On n'obtient pas toujours la *restitutio ad integrum*, le plus souvent il y a persistance des signes physiques, matité, respiration rude, râles muqueux et toux légère, alors même que la cachexie est enrayée et que le malade récupéré la régularité de ses fonctions. »

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement des manifestations tertiaires du poumon. Ce traitement ne se distingue en rien de celui d'autres manifestations du même genre.

Nous ajouterons cependant que dernièrement on a préconisé des doses très fortes d'iodure de sodium. Ces doses peuvent aller quelquefois jusqu'à 25 à 30 grammes. Suivant M. le professeur Dieulafoy la dose maxima doit être de 10 à 15.

Au traitement spécifique il faut encore ajouter des fortifiants, comme du sirop d'iodure de fer, des arsenicaux, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(De M. le Dr Qowenthal.)

M. F..., tailleur d'origine Suisse, âgé de 28 ans, marié depuis 4 ans sans enfants. Rien d'extraordinaire dans ses antécédents héréditaires, rien d'intéressant non plus dans ses antécédents personnels, jusqu'à l'âge de 25 ans. Santé toujours parfaite : ne se rappelle pas d'avoir jamais été malade.

En 1887, commencement d'octobre, chancre induré traité par un M. Em..., spécialiste. Iodoforme à l'extérieur et une spécialité inconnue à l'intérieur pendant la période de cicatrisation. Depuis pas de traitement intérieur.

Apparition fréquente des plaques muqueuses à la bouche à la langue, presque toutes les 3 semaines, que le malade traitait religieusement suivant le conseil du même spécialiste pas cautérisation à l'aide d'une autre spécialité.

Malgré « toutes les précautions » le malade infecte bientôt sa femme qui quelques temps après fait une fausse couche.

Pas d'autres manifestations inquiétantes, que les plaques muqueuses. Le malade se sentait « presque guéri » l'état général continuait à être excellent... lorsque vers le 10 mai 1890 le malade après « un chaud et froid » commence à tousser légèrement ce qui, dit le malade n'a attiré son attention, que parce qu'il était obligé d'assister à une noce : le malade s'adresse vers le 15 mai à son médecin qui lui ordonne une potion calmante. La

toux persiste, le malade commence à cracher (toujours après la toux) il voit dans ces crachats apparaître des filets de sang. L'état général assez satisfaisant.

Le 25 mai jour de Pentecôte le malade va à la pêche, y reste trop longtemps et rentre chez lui indisposé : toux plus fréquente, assez douloureuse, légère fièvre, sueurs dans la nuit. Le médecin appelé le lendemain ausculte le malade et lui ordonne outre la potion calmante un vésicatoire en avant au sommet droit. Le lendemain et le surlendemain le malade se sent un peu mieux, mais l'amélioration est passagère. L'état général peu satisfaisant, inappétence, sueurs nocturnes en abondance. Mais en outre la voix devient enrouée. Quelques jours après le médecin ordonne des pointes de feu à gauche et en arrière, une potion calmante et des capsules de créosote. Aphonie complète vers le 5 juin. Toux un peu moins douloureuse. Même traitement jusqu'au 29 juin. Pas d'amélioration notable dans l'état général. Aphonie complète persiste.

29 juin. — Le malade vient nous voir.

A cette date nous constatons :

Le malade de haute taille, constitution vigoureuse. Pas d'amaigrissement. Légère pâleur du visage. Aucune manifestation récente. Pas de traces de manifestations anciennes à l'examen extérieur. État général assez satisfaisant (cependant sueurs nocturnes abondantes).

Pas de traces de plaques muqueuses ni sur les lèvres, ni dans la bouche. Un point assez suspect sur le pilier gauche. Trace d'ancienne plaque muqueuse peut-être. Langue bonne. Pas de douleur ni de difficulté à la déglutition. Appétit conservé. Légère constipation. Rien d'anormal dans l'appareil circulatoire.

Examen laryngologique. — Ce qui frappe tout d'abord c'est une rougeur très intense de toute la muqueuse du larynx. Epiglotte tuméfiée, les bords boursoufflés, sur la face supérieure (antérieure) un peu au-dessous du bord supérieur gauche. Une

ulcération ovale à bords assez réguliers, peu profonde. Tout autour la muqueuse très injectée.

Cordes vocales injectées, considérablement épaissies, ne vibrent pas, ne se ferment pas complètement sur la corde vocale gauche, une végétation d'une couleur jaunâtre peu proéminente de forme triangulaire à base postérieure et occupant la moitié antérieure du bord libre de la corde. Dans la partie exactement correspondante, la corde vocale droite présente une sorte d'échancrure, qui s'accuse pendant la fermeture de la glotte et qui s'efface en partie pendant que la glotte reste ouverte ; c'est ce qui nous fait penser que cette échancrure n'est pas due à un travail ulcératif, mais à une pression continue de la petite tumeur sur le bord de la corde vocale molle et gonflée. La muqueuse de la commissure postérieure, comme partout ailleurs très rouge. Presque parallèlement à la ligne médiane sur la moitié droite existe une légère érosion plutôt qu'une ulcération couverte du pus. La muqueuse qui couvre les cartilages de Santorini ainsi que celle des replis arythéno-épiglottiques et des bandes ventriculaires ne présente pas d'ulcération, mais est injectée et légèrement tuméfiée. De même la trachée jusqu'à la bifurcation. Aphonie complète.

Thorax bombé, bien développé.

A l'auscultation : respiration très affaiblie *au sommet* en avant et à droite. Toux retentissante. Quelques râles sibilants après la toux. En descendant vers le sternum respiration rude, un peu sifflante.

A la percussion diminution d'élasticité et submatité dans la partie lésée.

Mêmes phénomènes un peu moins accusés au sommet gauche et en arrière.

Le reste parfaitement sain.

Toux douloureuse surtout le matin, suivie d'expectoration de *crachats* blanchâtres spumeux.

Le diagnostic posé par nous était : affection syphilitique tertiaire du poulmon et du larynx ; gomme de la corde vocale gauche : ulcération tertiaire située sur l'épiglotte et sur la commissure postérieure. Gomme du sommet droit en avant et du sommet gauche en arrière.

Traitement. — KI 5 grammes par jour en 2 fois, frictions mercurielles pendant 10 minutes (gros comme une noisette) quotidiennes. Inhalations de sublimé aux 1/1000. Cautérisation tous les deux jours au sublimé au 1/1000. Repos absolu de l'appareil vocal.

2 juillet. — Pas de changement dans l'état du malade. Médicament bien tolérée, 6 grammes d'iodure.

4 juillet. — Etat général du malade excellent. Est moins réveillé la nuit par la toux. Sueurs nocturnes beaucoup moins abondantes. Au laryngoscope pas de changement. Légère amélioration du côté des poulmons.

6 juillet. — Plus de sueurs nocturnes. Appétit augmente. Au laryngoscope ulcères moins étendus. Injection de la muqueuse moins vive. Cordes vocales, même état. Toujours l'aphonie. A l'auscultation râles totalement disparus, un peu moins de rudesse respiratoire ; 8 grammes d'iodure.

10 juillet. — L'état général continue à être excellent. Toux diminue. Respiration de plus en plus nette aux sommets. Submatité presque complètement disparue, surtout en arrière. Au laryngoscope : gomme de la corde vocale diminuée. Gonflement et rougeur moins prononcée, les cordes se rapprochent mieux, mais ne vibrent pas encore. Erosion de la commissure disparue. Apparition des plaques muqueuses sur la lèvre inférieure et sur la commissure. Le malade part à la campagne pour une huitaine de jours.

15 juillet. — Le malade revient de la campagne à cause d'une diarrhée y contractée. Légère fièvre, affaiblissement. Pas d'examen laryngoscopique. Légère amélioration dans l'émission des

sons. Suppression momentanée de frictions. KI, 12 grammes.

18. — Amélioration considérable dans l'état du malade. Aphonie presque totalement disparue. Pendant tout le temps de la visite le malade parle à haute voix. La voix est brisée, l'émission des sons se fait avec difficulté. Au laryngoscope : nous sommes frappé du changement considérable survenu depuis le dernier examen. Aspect de la muqueuse presque normal, la végétation en grande partie disparue, ainsi que l'échancrure correspondante. Cordes vocales encore un peu tuméfiées, vibrent. Leur coaptation à la fermeture de la glotte n'est pas encore parfaite. Le malade continue à prendre 12 grammes d'iodure ; frictions tous les deux jours, inhalation et cautérisations moins fréquentes. Les plaques muqueuses apparaissent le 10 juillet.

22. — Amélioration de l'appareil vocal s'accroît. Emission des sons plus facile, voix encore brisée. Cordes vocales encore un peu gonflées ; leurs bords épaissis. Poumons parfaitement normaux. L'état général excellent. Le malade part pour la campagne.

7 octobre. — Le malade revient nous voir. Son état général continue à être excellent. Rien d'anormal dans les poumons. Au laryngoscope image presque normale : le léger gonflement des cordes vocales existe toujours. L'émission des notes graves est parfaite. Moins parfaite est l'émission des notes hautes, la voix paraît alors légèrement brisée. Le malade ne tousse plus, ne crache plus.

OBSERVATION II

Dans le service de M. le D^r Rigal.

La nommée E. Eugénie, âgée de 25 ans, caissière, entre le 4 mai 1891 à l'hôpital Necker dans le service de M. le D^r Rigal, salle Lasègue, lit n° 18 (Hôpital Necker).

Mère morte d'une embolie, suite de couches. Père vivant. Malade très bien portante jusqu'à l'âge de 11 ans. A cette époque, après avoir perdu sa mère, elle a fait une maladie nerveuse, qui se traduisait par de fréquents évanouissements et une faiblesse générale. Mais après un séjour de trois ans au bord de la mer (à Marseille) sa santé s'est complètement rétablie. Toujours régulièrement réglée elle perdait beaucoup. Mariée à l'âge de 17 ans. 15 jours d'après la malade après son mariage une éruption cutanée apparaît qui ne tarda pas à envahir tout le corps. Un médecin étant consulté a pris cette éruption pour une urticaire. Traitée en conséquence et sans que cette éruption disparaisse on s'adresse à un autre médecin. Celui-ci déclare que l'éruption est de nature syphilitique, ce qui est confirmé par l'aveu sincère du mari qui déclare avoir contracté la syphilis il y a trois ans. Après un traitement spécifique l'éruption disparaît complètement.

Bientôt elle devint enceinte (un mois après son mariage). Des varices multiples apparaissent sur ses extrémités inférieures. Au sixième mois de sa grossesse vomissements incoercibles. Elle parvint à mener la grossesse jusqu'à la fin et accouche à terme d'un enfant qui succombe le premier jour même, présentant tous les symptômes de syphilis héréditaire.

Chose à noter : après l'accouchement elle a une forte congestion pulmonaire, qui ne cède qu'au traitement spécifique.

Depuis, deux grossesses normales qui sont très bien passées et elle a deux enfants qui se portent très bien.

Le 4 mai 1891, vient à l'hôpital en présentant les symptômes suivants :

La malade tousse depuis trois semaines d'une toux quinteuse et pénible. L'expectoration n'est pas abondante, blanc-grisâtre. Elle a maigri depuis ce temps. Elle transpire la nuit, mais la transpiration n'est pas abondante. L'appétit est diminué.

Maux de tête persistants. Elle a en outre un point de côté gauche au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate (névralgie intercostale permanente et douleurs au niveau des ovaires au moment des règles, congestion de l'ovaire gauche).

Elle n'a jamais craché du sang.

Les téguments sont décolorés et l'habitus porte l'empreinte de la consommation lente. Sur la région scapulaire droite on voit des cicatrices anciennes caractéristiques de la syphilis. Pas de symptômes récents.

Les réflexes pharyngiens, ainsi que la sensibilité générale du corps, sont conservés. Les réflexes rotuliens et plantaires sont exagérés.

La percussion dénote une matité à la base du poumon gauche bien circonscrite, d'une étendue d'une pièce de 5 francs ; le lobe moyen et le sommet du même poumon donnent une submatité (Ainsi nous sommes en présence d'une lésion bien limitée à la base du poumon gauche et cette lésion est une induration).

A l'auscultation, on trouve des râles bronchiques et des râles muqueux à la base du poumon gauche ; la respiration est même soufflante au même endroit. Partout ailleurs dans le même poumon on trouve çà et là quelques râles épars de la bronchite diffuse.

Vu les antécédents de cette malade, le diagnostic gomme pulmonaire s'impose de lui-même et elle est mise au traitement spécifique le lendemain de son entrée. On lui donne 2 grammes d'iodure de potassim et on élève graduellement cette dose jusqu'à 4 grammes le 14 mai. En même temps on institue le traitement fortifiant.

Le 10 mai, par suite d'iodisme, on est obligé de supprimer l'iodure de fer, et on lui administre la liqueur de Fowler et le vin de quinquina. La malade prend toujours l'iodure de potassium. Elle reste sur ce traitement jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le 25 mai, on supprime la liqueur de Fowler.

L'état de la malade, sous l'influence de ce traitement, s'améliore presque à vue d'œil, et le 2 juin on constate que la transpiration a disparu, ainsi que la toux et les maux de tête. L'appétit a augmenté notablement. A l'auscultation on trouve que les râles ont en partie disparu, aussi la submatité du lobe moyen et du sommet du poumon gauche a cédé et donne à la percussion un son tout-à-fait identique à celui du côté non malade. La matité de la base persiste.

Le 8 juin. — L'amélioration continue. La malade a repris de l'embonpoint. Les téguments se colorent et elle se sent en général très bien au point qu'elle veut quitter l'hôpital. En effet, ni la percussion, ni l'auscultation ne dénotent rien d'anormal, si ce n'est un peu d'obscurcissement du son à la base du poumon gauche.

Le 16 juin. — La malade quitte l'hôpital notablement améliorée pour continuer le traitement fortifiant chez elle.

OBSERVATION III

Dans le service de M. le D^r Rigal.

La nommée E... Marie, âgée de 35 ans, journalière, entre le 12 mai 1891 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le D^r Rigal, salle Lasèque, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une hydropisie et paralysie du côté gauche.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante, mais faible.

Au mois d'octobre 1889, étant déjà malade depuis deux mois, elle entre pour un mal de nez dans le service de M. Rendu (hôpital Necker, salle Delpèche, n° 11). Elle prétend que le mal lui est venu à la suite d'une égratignure de la narine droite. Elle se

plaint encore d'avoir mal à la gorge. Après un traitement par le sirop de Gibert, par les bains sulfureux et les fumigations elle sort guérie après 15 jours. Elle ne se rappelle pas avoir eu sur le corps aucune éruption, ni de chancre sur les parties génitales.

Le 12 mai de l'année courante, la malade présente les symptômes suivants : elle est de taille moyenne ; le système musculaire peu développé. Flaccidité des chairs. Téguments décolorés, aspect terreux. Inappétence. Selles irrégulières. Maux fréquents d'estomac. Amaigrissement considérable depuis deux mois. La malade tousse, surtout vers le matin ; malaise et affaiblissement général. Les crachats sont spumeux, comme ceux de la bronchite, parfois ils sont d'un blanc grisâtre, mais jamais sanguinolents. Point de côté à gauche à trois travers de doigt à peu près au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Transpiration abondante surtout la nuit. Maux de tête persistants. Les fonctions du rein et du foie ne présentent rien d'anormal. Constipations opiniâtres.

Examen. — La prétendue égratignure a fait des ravages considérables : toute la cloison du nez (partie osseuse ainsi que cartilagineuse) complètement disparue. La luette est détruite. A la face postérieure du pharynx, à sa partie supéro-externe du côté droit, on voit une ulcération, grande comme une pièce de 50 centimètres, dont le fond est baigné d'un pus verdâtre ; les bords de cette ulcération sont irréguliers, taillés à pic.

Pourtant la malade semble être très peu incommodée par cette ulcération.

Les ganglions sous-maxillaires, mastoïdiennes, sus-claviculaires et axillaires, sont très peu hypertrophiés ; ceux des plis de l'aîne présentent le double de leur volume normal et sont durs au toucher.

Sur le corps et sur les organes génitaux externes on ne voit aucune cicatrice et rien d'anormal.

A la percussion on trouve une matité à la base du poumon

droit : à l'auscultation on trouve au même endroit la respiration un peu soufflante, des râles bronchiques et muqueux.

On institue un traitement spécifique et fortifiant (la dose d'iode de potassium est graduellement élevée à 6 gr.).

Le 18 mai. — On constate que la matité a gagné tout le poumon droit, à l'auscultation on entend quelques frottements à sa partie moyenne.

Cet état se maintient quelques jours.

L'état général cependant s'améliore, le point de côté est moins douloureux qu'il n'était, la transpiration moins abondante. La toux est calmée. L'ulcération du pharynx a moins d'étendue.

22 mai. — L'amélioration de l'état général continue toujours. À la percussion on constate que le lobe moyen du poumon droit se dégage de sa matité, la matité de la base est aussi moins prononcée. Le point de côté a disparu complètement. La toux tourmente peu la malade.

25 mai. — La malade nous annonce qu'elle ne transpire plus et qu'elle ne tousse plus.

Les signes stéthoscopiques et ceux de l'auscultation ne présentent aucun changement.

28 mai. — À la percussion nous trouvons une matité au sommet droit, une obscurité de son à la base du même poumon. Le reste du poumon, sonorité exagérée. L'ulcération du pharynx bourgeonne.

Depuis le 28 mai l'état de la malade continue toujours à s'améliorer. Elle reprend même de l'embonpoint. Les maux de tête ainsi que la toux ne la tourmentent plus. Les signes stéthoscopiques et ceux de l'auscultation s'améliorent également, et le 7 juin on ne trouve à la *percussion* qu'un obscurcissement du sommet droit et à l'*auscultation* la respiration un peu rude au même sommet.

L'ulcération du pharynx est presque complètement cicatrisée

et la malade sort de l'hôpital presque notablement améliorée.

Pendant le cours de la maladie l'examen bactériologique des crachats a été fait à plusieurs reprises et par différentes personnes et les résultats ont toujours été négatifs.

OBSERVATION IV

Aux observations déjà publiées nous pouvons ajouter le fait suivant, qui nous a été confié oralement par M. le Dr Felard, chef de clinique de M. le professeur Fournier et qui sera d'ailleurs publié dans tous les détails par l'auteur.

Il s'agissait d'un homme de 37 ans, ancien syphilitique qui en septembre 1886, après quelques jours de malaise, fut pris d'un violent point de côté à droite et se mit à cracher tout à coup une sorte de matière noirâtre. Le malade fut alors pris de fièvre, dut s'aliter et cracher continuellement. L'auscultation faisait reconnaître une respiration un peu soufflante en arrière au niveau du tiers moyen du poumon droit avec râles fins ; à gauche, respiration soufflante au niveau d'hile et quelques frottements pleuraux. Les crachats étaient noirâtres et d'une odeur alliée. La brusquerie du début, la localisation des symptômes et l'expectoration fétide firent tout d'abord croire à M. Felard qu'il s'agissait d'une gangrène pulmonaire. Toutefois en raison des antécédants du malade on lui fit prendre 2 grammes puis 3 grammes d'iodure de potassium. Il eut d'abord une amélioration, mais un mois après le malade fut pris dans la nuit de quintes de toux épouvantables, avec expectoration des crachats rougeâtres, mêlés de gaz fétides, enfin du pus en abondance. L'iodure de potassium qui avait été cessé parce qu'il était mal supporté ne fut pas alors repris. Le diagnostic de syphilis pulmonaire ne paraissant pas suffisamment établi 2 mois après le malade présenta les signes d'une véritable caverne

sous la clavicule droite. Son état général et les signes d'auscultation étaient tels qu'un médecin des hôpitaux qui l'a vu en consultation n'hésita pas à faire de ce malade un phthisique arrivé à la période des cavernes. Cependant ayant examiné les crachats et n'ayant trouvé aucun bacille, examen qui fut d'ailleurs prouvé par le Dr Chantemesse, M. Felard revint à sa première idée et fit prendre au malade le traitement ioduré. Une amélioration s'étant produite, celui-ci fut continué, la dose d'iodure de 4 grammes, puis de 5 grammes par jour (janvier 1887). L'amélioration continua et malgré une nouvelle vomique de crachats bruns mélangés de sang qui se produisit à la fin du mois de janvier, le malade se rétablit si bien que après un traitement d'un mois par les frictions mercurielles combinées à l'iodure le malade était complètement guéri à la fin du mois d'avril et sa guérison qui remonte maintenant à 4 ans ne s'est pas démentie depuis.

Nous aurions pu varier les observations à l'infini, citer toutes celles, si belles et si intéressantes, qui ont été publiées par nos éminents maîtres : entre autres celle de mon vénéré maître, M. Dujardin-Beaumetz, publiée en 1866, celle de M. Lancereaux publiée en 1877, suivie d'autopsie, celle de M. Fournier, citée dans la thèse de M. Belin, etc., etc. Si nous nous abstenons de le faire, c'est que, d'une part, ces observations, si importantes soient-elles, sont déjà connues de tout le monde médical, et que d'autre part le cadre de notre travail ne nous le permet pas.

Cependant avant de finir la partie clinique de ce travail nous ne pouvons pas nous empêcher de citer un extrait de l'observation de M. le professeur Fournier lue à l'Académie de Médecine en 1878, pour montrer combien le

traitement antisypilitique est efficace même dans les cas de phthisie pulmonaire au plus haut degré, car la malade qui fait l'objet de cette observation a été guérie, *complètement* guérie, grâce à ce traitement.

OBSERVATION V

La malade était entrée à l'hôpital dans les circonstances les plus défavorables ; la lésion du pied avait pris une extension énorme et détruit tour à tour le deuxième orteil, puis le troisième, puis une partie du quatrième. Enfin les orteils s'étaient détachés par lambeaux qui tombaient en poussière ou que la malade arrachait avec ses ongles. L'aspect général était des plus cachectiques et la détérioration de l'économie était profonde. La malade toussait et expectorait depuis plusieurs mois, et l'examen du thorax révélait la présence de lésions avancées. On observait, en outre — et c'est le caractère essentiel du cas — les symptômes ordinaires de la consommation phthisique.

Mais une amélioration considérable ne tarda pas à se produire sous l'influence du traitement spécifique, et peu à peu la guérison s'effectua d'une façon complète. De ce fait important, M. Fournier conclut que les lésions pulmonaires de la syphilis, loin d'être seulement curables à leur première période et dans leurs formes bénignes, sont curables dans les phases avancées, et qu'elles peuvent guérir même lorsqu'elles sont compliquées de troubles généraux graves se présentant sous l'aspect d'une phthisie véritable.

Ce résultat étonnant, dit M. Fournier, ne doit pas être perdu de vue, car il prouve que les malades condamnés sans ressources peuvent dans des cas très rares, il est vrai, être sauvés par la médication spécifique.

CONCLUSIONS

1° Il n'existe pas de signes pathognomoniques isolés des maladies, le diagnostic doit être basé sur l'ensemble de tous les symptômes.

2° La syphilis du poumon est trop souvent confondue avec la phthisie pulmonaire.

3° Les gommès du poumon nous semblent être plus fréquentes qu'on ne le croit.

4° En présence d'un malade présentant les divers symptômes de la phthisie, le médecin doit toujours penser à la possibilité d'une affection syphilitique du poumon, et doit diriger très minutieusement ses recherches en ce sens, en se servant pour cela de tous les moyens en son pouvoir, laryngoscope, ophtalmoscope, ostoscope et rhinoscope. Très souvent en effet c'est dans une de ces régions, qui jusqu'à ces derniers temps nous étaient fermées, que se cantonnent des lésions syphilitiques, qui pourraient bien nous mettre sur la voie du diagnostic.

5° Seul le résultat positif obtenu par l'examen bactériologique peut juger souverainement la question.

6° Les deux affections peuvent coexister.

7° Les gommes des poumons sont toujours susceptibles de guérison, tant que l'organisme n'est pas détérioré au point de ne pas pouvoir réagir sous l'influence du traitement.

Vu par le Président de la thèse,

BROUARDEL

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Ambroise Paré** (Édition Malgaigne), livre XVI.
Astruc. — Morbis venereis (Traduction de Louis), t. II et IV.
Chrøder. — Pneumonie syphilitique, 1719.
Brambilla. — Trattato chirurg. pratico, Milano, 1777.
Portal. — Observations sur le traitement de la phthisie pulmon.
Paris, 1792.
Bell. — Traité de gonorrhée virulente, 1802.
Baumes. — Traité de la phthisie pulmonaire, 1805.
Beau. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards, 1848.
Dumoulin. — Thèse de Paris, 1848.
Lagneau. — Annales des maladies de la peau de Cazenave, t. IV,
1851.
Cazenave. — Ibid., 1852.
Depaul. — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1853. Bul. de
la Société anatom., 1851.
Cornil. — Ibid., 1862.
Pidoux. — Variétés de phthisie pulmon. Union médicale, 1864.
Lancereaux. — Traité de la syphilis. Paris, 1866; Annales de
dermatologie et de syphilis, 1877-1878.
Belin. — Thèse de Paris, 1879.
Landrieux. — Pneumopathies syphilitiques. Thèse de Paris,
1878.
Gougenheim. — Phthisie syphilitique. Bulletin thérapeutique,
1879.
Fournier (Alb.). — Gaz. hebdom. méd. et chir., n° 28, 49, 51,
1875.
Potain. — Syphilis pulmonaire. Journal de méd. et de chir.
pratiques, 1885.
Germain Sée. — Maladies des Poumons.

